

*Захарова Е.А., Селиверстов Е.И.,
Золотухин И.А.*

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ФЛЕБЭКТОМИИ БЕЗ И С ДИССЕКЦИЕЙ ПЕРФОРАНТНЫХ ВЕН ГОЛЕНИ ПРИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ

*Российский национальный
исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова,
г. Москва, Российская Федерация*

Актуальность. В настоящее время до сих пор не до конца изучена роль перфорантных вен голени при варикозной болезни нижних конечностей. Остается открытым вопрос о необходимости лигирования перфорантных вен во время хирургических вмешательств при варикозной болезни нижних конечностей.

Цель. Провести сравнительное изучение отдаленных результатов хирургического вмешательства у пациентов, которым проводили лигирование перфорантов во время флебэктомии, и у тех, кому провели только удаление поверхностных вен.

Материал и методы. Начато поперечное ретроспективное исследование. К настоящему моменту получены данные о 29 пациентах, у которых срок с момента операции колебался от 30 до 60 мес. (в среднем - 48). У 17 пациентов (основная группа) перфоранты не лигировали во время флебэктомии, у 12 — проводили диссекцию перфорантных вен. Проводили осмотр, фиксировали клинические признаки рецидива варикозной болезни, определяли класс заболевания по CEAP, выраженность венозного заболелания по шкале VCSS, оценку качества жизни по шкале SF-36, выполняли ультразвуковое ангиосканирование. Основная и контрольная группа в отдаленном периоде были сопоставимы по возрасту, полу, исходным показателям выраженности заболевания, сроку, прошедшему с момента операции.

Результаты и обсуждение. В основной группе в отдаленном периоде клинические признаки рецидива варикозной болезни обнаружили у 3 (18%) пациентов, в контрольной - у 5 (42 %), различия незначимы, $p=0,218$. Ни в одном случае не было необходимости в повторной операции, масштаб возвратного варикоза позволял ликвидировать его с помощью склерооблитерации. Величина показателя по шкале VSSC в группе без лигирования перфорантных вен колебалась от 0 до 5 (среднее - 0,84), в контрольной - от 0 до 5 (среднее - 1,86), различия незначимы, $p=0,06$.

Выводы. Предварительные данные показывают, что отдаленные результаты комбинированной флебэктомии, выполненной без лигирования перфорантных вен, сопоставимы с результатами оперативного вмешательства, которое включает предоперационную маркировку и намеренный поиск и диссекцию перфорантов.

*Золотухин И.А., Селиверстов Е.И.,
Ан Е.С., Лебедев И.С., Захарова Е.А.*

ИЗОЛИРОВАННОЕ УДАЛЕНИЕ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ПРИТОКОВ БОЛЬШОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ ПРИВОДИТ К ИСЧЕЗНОВЕНИЮ РЕФЛЮКСА ПО ЕЕ СТВОЛУ

*Российский национальный
исследовательский университет
им. Н.И. Пирогова,
г. Москва, Российская Федерация*

Актуальность. Согласно «восходящей» теории патогенеза варикозной болезни, узловатая трансформация притоков может служить причиной развития рефлюкса по стволу большой подкожной вены (БПВ). Если это действительно так и первые изменения в поверхностной венозной системе происходят в притоках, а их следствием служит стволовой рефлюкс, то устранение причины (варикоза притоков) должно приводить к уменьшению или исчезновению следствия (рефлюкса по БПВ).

Цель. Установить, какие изменения происходят в исходно несостоятельном стволе БПВ после того, как будут удалены его варикозно-измененные притоки.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находятся 42 пациента (50 нижних конечностей) с варикозной болезнью в системе БПВ. Возраст пациентов - от 21 до 71, средний - 46, медиана - 42 лет. На момент включения в исследование у всех был зафиксирован рефлюкс по стволу БПВ различной протяженности, но не ниже верхней трети голени. Распределение нижних конечностей по классификации CEAP: 41 (82%) случай - C2; 7 (14%) - C2,3; 2 (4%) пациента - C2,3,4. Во время предоперационного ультразвукового обследования в вертикальном положении пациента фиксировали рефлюкс крови с помощью проб с имитацией ходьбы, измеряли диаметр несостоятельного сегмента БПВ на разных уровнях. Всем пациентам выполнили минифлебэктомию под местной анестезией. Кроссэктомию и удаление ствола БПВ не проводили.

Результаты и обсуждение. Срок наблюдения за 32 н/к составил 3 мес., рефлюкс по стволу БПВ исчез в 19 (59%) случаях. Срок наблюдения за 30 н/к составил 6 мес., рефлюкс отсутствовал у 20 (67%) пациентов. В 25 случаях срок наблюдения составил 12 мес., рефлюкс отсутствовал у 15 (60%) пациентов. У всех осмотренных, в том числе и у пациентов с сохранившимся рефлюксом, произошло уменьшение диаметра ствола БПВ. До операции измеренный в приустьевом отделе БПВ диаметр составлял в среднем 8,3 мм (от 4,5 до 13,4). Через 3 мес средний диаметр составил 7,3 мм (4,6-12,3); через 6 мес - 6,8 мм (3,7-11,4); через 12 мес - 6,5 мм (3,8-11,6). Рецидив варикозного расширения вен произошел между 3 и 6 мес наблюдения на 2 н/к из 30 (7%).

В ближайшем послеоперационном периоде в 3 случаях (6%) развился тромбоз несостоятельного сегмента БПВ. В 1 случае выполнили кроссэк-

томию в связи с развитием тромбоза до сафено-феморального соустья.

В настоящее время мы продолжаем накопление клинического материала и наблюдение за оперированными пациентами.

Выводы. Изолированное удаление притоков несостоятельной большой подкожной вены приводит к уменьшению диаметра ствола у всех и исчезновению рефлюкса у большинства пациентов при сроке наблюдения до 12 мес. Можно обоснованно говорить, что его применение на практике позволит у ряда пациентов отказаться от стриппинга или термооблитерации ствола БПВ.

Иванов Е.В.

КОМБИНИРОВАННЫЕ АНТИМИКРОБНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ХВН КЛАССОВ С4 И С6

*Тюменская государственная
медицинская академия,
г. Тюмень, Российская Федерация*

Актуальность. Известно, что длительно существующие венозные трофические язвы всегда инфицированы, а варикозная экзема является разновидностью микробной экземы. Исходя из этих постулатов, лечение варикозной экземы (С4а) и активных венозных трофических язв (С6) не может быть эффективным без адекватной антимикробной терапии. Как было показано в многочисленных исследованиях, ведущую роль в поддержании раневой инфекции при трофических язвах и варикозной экземе играют ассоциации микроорганизмов, особенно сочетание аэробной и анаэробной флоры. Наличие обильного отделяемого с неприятным запахом также связывается с анаэробами видов *Peptostreptococcus*, *Bacterioides*, *Prevotella*, *Porphyromonas* и *Propionibacterium*. Основными препаратами для лечения инфекций, вызванных неклостридиальными анаэробами, являются производные нитроимидазола. Аэробная микрофлора обычно представлена *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Streptococcus* spp., *Escherichia coli*, *Proteus* spp., *Enterococcus* spp. В большинстве случаев данные группы микроорганизмов демонстрируют хорошую чувствительность к фторхинолонам.

Цель. Оценить эффективность комбинированных антимикробных препаратов, содержащих ципрофлоксацин и тинидазол в комплексном лечении варикозной экземы и венозных трофических язв.

Материал и методы. Исследование проведено в группе из 90 пациентов с обострением хронической варикозной экземы (С4а) и активными венозными трофическими язвами (С6). У 50 пациентов (11 мужчин и 39 женщин) были активные венозные трофические язвы (класс С6 по СЕАР). Возраст пациентов от 37 до 70 лет. У 42 из них диагностирована варикозная болезнь, у 8 — посттромботическая. Длительность существо-

вания язв составляла от 4 до 18 месяцев. Площадь язв была не более 10 см². У 40 пациентов (8 мужчин и 32 женщины в возрасте от 42 до 75 лет) была хроническая варикозная экзема в стадии обострения (класс С4а по СЕАР). Фоном для развития экземы у всех пациентов была варикозная болезнь. Сроки существования варикозной экземы составляли от 4 до 12 месяцев. Площадь поражения кожи была не более 20 см². Критерием отбора послужило наличие стойкого налета на язве, обильного серозного или серозно-геморрагического экссудата с неприятным запахом из язвы или очага экземы. Бактериологическое исследование подтвердило наличие у всех этих пациентов ассоциаций аэробных и анаэробных микроорганизмов, при этом аэробная микрофлора была чувствительна к ципрофлоксацину. Пациентам основной группы (40 человек с венозными язвами и 30 человек с варикозной экземой) назначался комбинированный препарат, содержащий 500 мг ципрофлоксацина и 600 мг тинидазола, дважды в день, per os, в течение 10 дней. Пациентам группы сравнения (по 10 человек соответственно) назначался только ципрофлоксацин в дозе 500 мг с такой же частотой и длительностью применения. Кроме того, все пациенты получали адекватную эластическую компрессию и венотонизирующую терапию (микронизированная флавоноидная фракция), а также топическое лечение, включающее механическую обработку очага и повязки с мирамистином. Контроль состояния язвы или очага экземы производился на 5, 10 и 20 дни. Учитывалось наличие неприятного (ихорозного) запаха, налета, отделяемого из язвы или везикул. Критерии определялись полуколичественно. Запах: ощущаемый во всем помещении (+++), вблизи повязки (++), только после снятия повязки (+), отсутствие запаха (–). Налет: занимающий всю площадь язвы (+++), занимающий половину площади язвы (++), занимающий менее трети площади язвы (+), отсутствие налета (–). Объем отделяемого из язвы или везикул: сквозное промокание повязки в течение дня (+++), частичное промокание повязки в течение дня (++), промокание только нижнего слоя (+), сухая повязка (–).

Результаты и обсуждение. В основной группе отмечалось уменьшение неприятного запаха к 4 дню и исчезновение его к 10–20 дню. В эти же сроки было заметное уменьшение объема экссудата, вплоть до его исчезновения. Язвы начинали очищаться от налета к 7 дню; к 20 дню были практически чистыми, с яркими грануляциями. Везикулы при экземе подсыхали к 7 дню. В группе сравнения неприятный запах и умеренный налет (умеренная экссудация в случае экземы) сохранялись на протяжении всего срока наблюдения. Все пациенты отметили хорошую переносимость препарата.

Выводы. 1. Комбинированные антимикробные препараты, содержащие ципрофлоксацин и тинидазол, действующие на ассоциации анаэробной и аэробной микрофлоры, эффективны в комплексном лечении активных венозных трофических язв и обострения варикозной экземы. 2. При невозможности бактериологического ана-